1909

Über einen Fall von enormer Magendilatation infolge von Abknickung des Duodenums durch entzündliche Adhäsionen bei Cholelithiasis und Carcinom der Gallenblase.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

medizinischen Fakultät

der

B. Friedrich-Alexanders-Universität Erlangen

vorgelegt

von

Vincenz Syré
prakt. Arzt
aus Pritzerbe.

Tag der mündlichen Prüfung: 7. Juni 1909.

Brandenburg a. H.
J. Wiesikes Buchdruckerei.
1909.

Über einen Fall von enormer Magendilatation infolge von Abknickung des Duodenums durch entzündliche Adhäsionen bei Cholelithiasis und Carcinom der Gallenblase.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

medizinischen Fakultät

der

B. Friedrich-Alexanders-Universität Erlangen

vorgelegt

von

Vincenz Syré
prakt. Arzt
aus Pritzerbe.

Tag der mündlichen Prüfung: 7. Juni 1909.

Brandenburg a. H.
J. Wiesikes Buchdruckerei.
1909.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät.

Referent: Herr Professor Dr. Hau
Dekan: Herr Professor Dr. Heim

Über die Lage des normalen Magens finden sich in der eratur nur wenige genaue Angaben. Zunächst stößt man auf Mitteilungen von Luschka, die dieser zu Beginn der sechziger ıre gemacht hat, die auch die früheren unbestimmten Angaben er die Lage des Magens zurückweisen und zum ersten Mal ündlichkeit und Klarheit bringen.

„Auf die linke Körperhälfte fallen nach Luschka vom lumen des Magens $^5/_6$; das übrig bleibende Sechstel der rechten rperhälfte umfaßt nur den Pylorus und dessen nächste Umgegend l liegt ganz hinter dem viereckigen Leberlappen. Den höchsten nkt des Magens bildet die Kuppe des Fundus, den tiefsten die nvexität der großen Kurvatur links von der Mittellinie. Der orus liegt in der rechten Sternallinie nach unten von der tze des Schwertfortsatzes; die Cardia in der linken Sternal- e nach oben vom Anfang des processus xiphoideus; die kleine vatur zieht links neben der Wirbelsäule mit dieser parallel ab; die große Kurvatur fällt ins linke Hypochondrium" onders erwähnt Luschka noch, daß der Pylorus weder ins te Hypochondrium hineinrage, noch auch nur den rechten enbogen berühre. Mit diesen Angaben Luschka's haben später Penzoldt und Leube im großen und ganzen ein- tanden erklärt.

Genaue Angaben über den normalen Magensitus macht n in der Folge Schüren 1876. Durch Auftreibung des Magens Kohlensäure mit nachfolgender Perkussion und durch Palpieren Sondenspitze durch die Bauchwand hat er bei 13 Lebenden 14 Leichen mit normalem Magen Untersuchungen angestellt, größtenteils die Angaben Luschka's bestätigten. Er kommt zu dem abweichenden Resultate, daß der Pylorus nicht vom ckigen Leberlappen bedeckt wird, sondern nur an diesen

heranreicht; daß ferner der am weitesten nach rechts gelege Teil des Magens nicht der Pylorus, sondern das Antrum pyloricu ist, bei starker Ausdehnung sogar eine Stelle der großen Kurvatu daß der tiefstgelegene Punkt der großen Kurvatur je nach d Expansion des Magens sehr verschieden ist.

Als Unterscheidung gegen Magendilatation stellt er folgend Kriterium auf: „Ein Magen, der in seiner größten Ausdehnu bis an, aber nicht unter den Nabel reicht und zugleich nic mehr als 10 cm rechts von der Linea alba liegt, ist noch zu d normalen, gesunden zu rechnen. Jedes weitere Herunterrück im expandierten Zustande bis unter den Nabel zeigt eine pathol gische Lageveränderung, und wenn zugleich ein beträchtlich Herüberrücken nach rechts damit verbunden ist, eine Ektasie d Magens an."

In der neueren Zeit sind zur Bestimmung des Magensit neue Methoden in Aufnahme gekommen. Da ist so z. B. Wismutfüllung des Magens bei Röntgenaufnahme; His und au Froriep machen unmittelbar nach dem Tode Formalininjektion und endlich hat Simmonds mehrere hundert Leichen phot graphiert im Liegen. Durch diese neuen, guten Methoden ist wesentlichen festgestellt worden, daß Form und Lage des Mage einer noch nicht verwesenden Leiche so ziemlich genau d Verhältnissen entsprechen, die auch im Leben bestanden habe

„Danach ist der normale Magen immer vertikal gestel die kleine Kurvatur verläuft im Anfangsteil von rechts nach lin unten und biegt sich dann erst nach rechts wieder um; d Pylorus und auch die kleine Kurvatur sind von der normal g formten Leber völlig bedeckt. Die Form des Magens ist se wechselnd." So Simmonds 1907. Er bestätigt damit Angaben Rosenfelds von 1899.

Während die bisherigen Angaben sich auf klinisch-anatomisc Befunde des Magens beziehen, bildet unter den rein klinisch Symptomen die Dyspepsie fast immer das äußere Merkmal. I krankhaften Veränderungen gehen in der Regel mit Schleimha umwandlungen einher, als deren äußerer Ausdruck die dyspe tischen Symptome aufzufassen sind. Neben diesen finden si für gewöhnlich eine Anzahl von typischen Symptomen, a welche es bei der Diagnose in erster Linie ankommt. Je v

hliger und je prägnanter diese vorhanden sind, um so leichter d sicherer die Diagnose. Fehlen einige wichtige Symptome er sind sie nur undeutlich, so wird das Erkennen der Krankit in Frage gestellt; ehe wir uns daher zur bestimmten agnose entschließen, müssen die einzelnen Zeichen um so nauer gegeneinander abgewogen werden.

Eine ganz besondere Stellung unter den Magenleiden nimmt dieser Hinsicht die Gastrektasie ein, die heute bald als echanische Insufficienz," bald als „Stauungsinsufficienz" bechnet wird. Eine primäre Ektasie des Magens scheint etwas nz Seltenes zu sein, fast immer tritt die Dilatation im Anschlusse ein anderes Magenleiden auf.

Im Magen werden die Speisen durch die Kontraktionen ner Muskulatur mit dem Magensafte innig vermengt und, wenn se Vermengung lange genug vor sich gegangen ist, durch n Pylorus vollständig in den Darm befördert. Ist diese chanische Funktion durch irgend etwas gestört, so muß die genmuskulatur durch gesteigerte Tätigkeit einen Ausgleich affen. Kann sie das nicht, so tritt in leichteren Fällen nur e Verzögerung der Austreibung der Ingesta ein; ist aber das ndernis stärker, so kann die Muskulatur auch bei gesteigerter igkeit den Speisebrei nicht mehr völlig in den Darm entfernen; Rest bleibt zurück.

Diese Störung der mechanischen Funktion des Magens kann vorgerufen sein durch eine Schwächung der Magenmuskulatur, er durch eine Erhöhung des Widerstandes am Magenausgange r auch durch Vermehrung des Mageninhaltes. Durch eine diesen Ursachen oder auch durch eine Verbindung derselben n die Magenmuskulatur so mitgenommen werden, daß sie ießlich für ihre Arbeit nicht mehr genügt, und als Folge mt es dann in den meisten Fällen zur Dilatation des gens.

Die Kraft oder die Kontraktionsfähigkeit der Magenmuskulatur n herabgesetzt werden durch eine Erkrankung der Muskulatur st, die durch Atrophie oder durch Verfettung der Muscularis, ch Eindringen von Krebsmassen, durch Verätzung entstanden Atrophie und Verfettung finden sich vor allem bei chronischer, verer Gastritis. Chronische, schwere Gastritis wird daher

von den meisten Autoren als eine der Hauptursachen der Gastre tasie angesehen.

Bei der chronischen Gastritis finden sich oft auch starl Bindegewebswucherungen, die so mächtig werden können, da sie von außen als Wandverdickungen durchzufühlen sind, so da der Gedanke an ein scirrhöses Carcinom sehr nahe liegt; solcl Fälle können zuweilen sogar bei der Autopsie diagnostisch Schwierigkeiten bereiten. Von den seltenen Fällen der angeboren Pylorusstenose will ich absehen.

Zur Stenosierung am Pylorus kommt es durch Geschwü von denen wir wissen, daß sie in der Nähe des Pylorus häuf ihren Sitz haben. Das neben dem Pylorus gelegene Geschw kann, abgesehen von der Hyperacidität des Magensaftes, sch durch seine Nähe zu einem Spasmus der Pylorusmuskulat und damit zur Stenose führen. Häufig kommt es erst dur den Vernarbungsprozeß zu dieser Komplikation. (Kaufman Je tiefer das Ulcus war, um so ausgebildeter pflegt die Narbe retraktion zu sein. Ist der Sitz der Narbe der Pylorus, entsteht eine Stenose desselben mit folgender Dilatation d Magens).

Ebenso wie sich durch Pylorusstenose infolge eines Ulc ventriculi eine Magenektasie bilden kann, besteht die Möglichk zur Stenosierung bei Carcinom. Ergibt die Anamnese, daß d Kranke früher stets gesund war, daß er nie heftige Magenschmerze kein Bluterbrechen, keinen blutigen Stuhl gehabt hat, daß plötzli dyspeptische Erscheinungen, schneller Kräfteverfall und ähnlic Zeichen sich eingestellt haben, so ist mit Sicherheit ein Ulc auszuschließen, und mit Wahrscheinlichkeit ein primäres Carcinc anzunehmen. Das Carcinom braucht nicht unbedingt seinen S direkt am Pylorus zu haben, um durch Stenosierung als mechanisch Hindernis zu wirken; der carcinomatöse Prozeß führt teils an sic teils durch den sehr oft damit verbundenen chronischen Mage katarrh zu so schweren, ausgedehnten degenerativen und at phischen Veränderungen der Magenmuskulatur, daß Störung der mechanischen Funktion des Magens fast unausbleiblich sir Bei bedeutenderer Magenektasie, wenn sie überhaupt ein Carcinc zum Grunde hat, ist jedoch eine krebsige Stenose des Pylor selbst anzunehmen.

Auch chronischer Magenkatarrh, der so oft am Pylorusteil auptsächlich oder sogar ausschließlich seinen Sitz hat, kann zur ylorusstenose führen dadurch, daß die anfängliche Hypertrophie er Muscularis durch Schrumpfung des hyperplastischen Bindeewebes in Atrophie ausartet.

Der Vollständigkeit halber sei auch noch beigefügt, daß ößere neben dem Pylorus sitzende Schleimhautpolypen durch nklemmung zur Stenosierung führen können. Erwähnen will n ferner noch, daß beim Diabetes insipidus durch die Aufnahme r riesigen Wassermengen Gastrektasie bedingt werden kann; s gleiche findet sich bei dem Säufermagen.

Der Pylorus kann aber auch von außen verengt werden; häsive Prozesse komprimieren ihn oder können ihn auch abicken. Diese adhäsiven Prozesse können vom Magen oder von n Nachbarorganen ausgehen. Auch Geschwülste vom Pankreas, n der Leber, der Gallenblase, dem Darm, von Lymphdrüsen sgehend können zum gleichen Resultate führen. Oben erwähnte n schon als verengernden Grund die Bindegewebswucherungen i chronischem Magenkatarrh, die oft gerade am Pylorus am ensivsten auftreten.

Diese verschiedenen Ursachen der Magendilatation können ar einzeln auftreten, sehr oft ist jedoch eine Kombination hrerer Ursachen vorhanden. Diese vermengen sich oft derart, 3 es sehr schwierig ist, festzustellen, welche von den Ursachen primäre gewesen ist.

Fast die gleichen Ursachen, die eine Stenosierung des genausgangs herbeiführen, können auch eine Stenose des odenums bewirken. Dahin gehört das allerdings sehr selten tretende Duodenalcarcinom.

Weit häufiger führt zur Stenose des Duodenums ein Ulcus odeni in seinen Folgeerscheinungen; das Duodenalgeschwür nt genau aus wie ein Magenulcus; es kann durch Narbenlung heilen; schließt sich Narbenstenose an, so dehnt sich der re Teil des Duodenums aus, der Pylorus wird ausgereckt, infizient und Magenektasie folgt.

Zur Duodenalstenose kann es auch noch durch Fixierung n außen oder durch Kompression kommen. Dahin gehören tonitische Stränge und Adhäsionen als Reste überstandener

Peritonitis. Auch Verwachsungen nach Perforation eines Mage geschwürs können eine Stenose bedingen.

Zur Kompression des Duodenums kann es leicht komme da seine feste, fast unbewegliche Lage auf der Wirbelsäule e Ausweichen nicht gestattet. So kann eine Kompression entsteh durch eine retroperitoneale Lymphdrüsengeschwulst, vor allem ab durch Pankreaserkrankungen, Carcinome, Cysten, Abszesse dies Organs.

Ist der Sitz der Duodenalstenose oberhalb der Papilla Vate so wird sie fast dieselben Erscheinungen wie eine Pylorussteno bieten; sie ist diagnostisch daher auch kaum von dieser zu trenne Handelt es sich um eine infrapapilläre Stenose des Duodenum so kann es ebenfalls zur Dilatation des Magens kommen, dess Inhalt dann eine auffallend starke gallige Beimengung hat. I allgemeinen gehören Duodenalstenosen zu den selteneren E krankungen. Albu erwähnt in einem Sammelreferat 1898 43 Fäl die er aus der gesamten Literatur zusammengezogen hat. Üb einen solchen Fall, der in mehrfacher Beziehung ein größer Interesse beansprucht, will ich in folgendem berichten.

Am 17. März 1908 kam im pathologischen Institute Erlangen eine 52jährige Frau zur Sektion, die am Tage vorh in der chirurgischen Klinik infolge Gallenblasencarcinom n Duodenalstenose und riesiger Magendilatation ad exitum g kommen war.

Die Anamnese lautet: Die Frau will früher stets gesu gewesen sein. Das jetzige Leiden begann kurz vor Weihnacht plötzlich mit Schmerzen in der rechten Seite unter Frostgefü die zum Rücken hin ausstrahlten. Kein Aufstoßen, kein E brechen, kann alles essen; Appetit nicht besonders. Stuhl imm fest, oft Abführmittel. Seit Weihnachten Gewichtsabnahme. Ke Icterus. Damals lag sie nur einen Tag zu Bett, will dann wied gesund gewesen sein. Mitte Januar 1908 hat sie wieder Stech in der rechten Seite bekommen; zum Arzt, der sie auf Schwellu unterhalb des rechten Rippenbogens aufmerksam machte, die selbst noch nicht bemerkt hatte. Beim Aufsitzen im Bette hat Schmerzen. Am 3. März 1908 kam sie in die medizinische Kli zu Erlangen. Jetzt klagt sie über Druckgefühl im Leibe, üb starke Abmagerung. In der Familie ist Gallensteinleiden nic

kannt; vor 11 Jahren will sie einmal starke Schmerzen in der agengegend gehabt haben.

Status praesens vom 3. März 1908 medizinische Klinik: roße, mittelkräftige Person in dürftigem Ernährungszustande; aut und Sclera leicht ikterisch; Pupillenreaktion prompt; im reiche der Hirnnerven keine Störung; Zähne fehlen zum größten eile; Zunge belegt.

Thorax schmal; Supraclavicular-Gruben beiderseits einge-nken. Intercostalräume weit. Lungengrenzen rechts vorn Rippe, verschieblich; hinten 12. Rippe verschieblich; über beiden ngen voller Schall; Vesiculärathmen.

Herzgrenze: 5. Rippe, linker Sternalrand: Spitzenstoß nicht hlbar, Töne rein, Tätigkeit regelmäßig; Puls etwas beschleunigt, in, ziemlich weich, regelmäßig, ca. 100.

Abdomen: Auf der rechten Seite etwas unterhalb des Nabels e deutliche pralle Vorwölbung; Leberrand 3—4 Finger unter-b des rechten Rippenbogens fühlbar, scharf und ziemlich hart h anfühlend. Die fühlbare Oberfläche der Leber glatt; Milz ht zu fühlen. Urin ohne Eiweiß und Zucker. Inguinaldrüsen derseits etwas vergrößert.

Extremitäten ohne Oedeme; Reflexe und Sensibilität normal.

4. März. Die gestrige pralle Verwölbung in der Gallen-sengegend ist heute weniger deutlich. Sonst keine Verände-ng. Nach der Probemahlzeit war sowohl mit Günzburg wie opaeolinlösung freie Salzsäure nachweisbar; heute morgen nach obefrühstück beide Reaktionen negativ.

5. März. Heute auch nach Probefrühstück freie Salzsäure chweisbar.

9. März. Objektiver Befund unverändert. Allgemeinbefinden lecht; heute mehrmals Erbrechen; abends durch Sonde noch chliche, dunkelgrünlich verfärbte, mit Speiseresten vermischte, er reagierende Flüssigkeit exprimiert. Salzsäure negativ.

11. März. Objektiver Befund unverändert. Trotz täglicher genspülung zeitweise noch Erbrechen. Allgemeinzustand auf-end schlechter geworden.

13. März. Nach Probefrühstück Salzsäure negativ.

Die Temperatur war mit 38,9 am 6. März am höchsten; elmäßige Morgenremission bis 37,4; vom 10. März an bleibt

sie unter 38; am 13. und 14. März fieberfrei. Puls schwank um 100; Respiration anfangs 28, dann 24.

Stuhl mit Karlsbader Salz oder Einlauf.

Am 14. März der chirurgischen Klinik überwiesen, da s nunmehr mit Operation sich einverstanden erklärte.

Status praesens am 15. März chirurgische Klinik: Grof kachektische Frau; starke mechanische Erregbarkeit der Rücken muskulatur, Fettpolster fehlt völlig, Rumpfmuskulatur ad minimu reduziert; Zunge trocken, stark belegt, Schleimhäute blaß. Lunge grenzen hinten 12., Brustwirbel, vorn 7. Rippe; rechts vorn obe halb der Claricula gedämpfter Schall, sonst voll.

Herzdämpfung verkleinert; Pulsatio epigastrica; erster To an der Spitze unrein, zweiter Pulmonalton verstärkt; Puls 13 sehr klein, aussetzend. Leib eingesunken; nur die Gallenblase gegend in großer Ausdehnung stark vorgewölbt bis herab z Verbindungslinie beider Spinae. Die Vorwölbung geht seitlic kontinuierlich in die Leber über, die in der Mammillarlinie b 4 Finger breit unterhalb des Rippenbogens reicht, sich derb un höckrig anfühlt und bei der Atmung verschieblich ist. Unter Rand stumpf. In der Mittellinie reicht die Leberdämpfung b zum Nabel herab. Unterhalb des Leberrandes fühlt man eine derben, höckrigen, birnförmigen Tumor, der der Gallenblase z entsprechen scheint. Untere Magengrenze in Nabelhöhe.

16. März. Morgens starker Verfall, kein Puls. Das Bi des Abdomens hat sich völlig verändert. Von dem Tumor i nichts mehr zu fühlen; dagegen ist die linke Bauchseite tymp nitisch aufgetrieben. Perforation? Rapider Verfall.

Klinische Diagnose: Carcinoma vesicae felleae (?).

Am 16. März abends trat der Tod ein.

Am 17. März 1908 morgens wurde von Herrn Privatdoze Dr. Merkel im pathologischen Institute die Sektion ausgefüh soweit sie — Sektion von Kopf- und Brusthöhle war verweige worden — ausführbar war.

Sektionsbericht (S. Nr. 77, 1908). Mittelgroße, ziemlich sta abgemagerte weibliche Leiche von blasser Hautfarbe; Supraclavicula gruben stark eingezogen; keine ikterische Färbung der Scler Fettpolster gering; Totenstarre, Totenflecke in abhängigen Parti bestehen.

Bei Eröffnung der Bauchhöhle liegt der riesig dilatierte Magen r vorderen Bauchwand vollkommen an, so daß von den Darm- hlingen fast nichts sichtbar ist. Der Magen stößt mit seinem teren Teile — große Kurvatur — direkt auf dem Beckenboden f. Der Fundus steht hoch oben in der linken Zwerchfellkuppel; e kleine Kurvatur geht zunächst in der rechten Parasternallinie n oben nach unten, knickt sich spitzwinklig ab und geht rallel wieder nach oben in senkrechter Richtung zur unteren nte des linken Leberlappens. Die große Kurvatur schmiegt ch in ihrem Verlaufe der linken Bauchwand an, tritt dann auf e linke Darmbeinschaufel über und an ihrem tiefsten Punkte icht sie etwas unter den oberen Rand der Symphyse nach ab- ärts noch in das Becken hinab. Sie verläuft dann weiter nach r rechten Darmbeinschaufel und zieht von hier aus dicht neben m Colon ascendens senkrecht nach oben. Verfolgt man die oße Kurvatur weiter nach oben, so bemerkt man ungefähr ndbreit unter dem linken Leberlappenrande schon äußerlich chtbar eine deutliche ringförmige Einschnürung, die der Pylorus- te entspricht.

Zwischen dem aufsteigenden Pylorusteile des Magens und r seitlichen rechten Bauchwand zieht das Colon ascendens nach en; es ist an der Flexura dextra fest mit der Gallenblase ver- achsen; letztere überragt ungefähr um zwei Querfinger den teren Leberrand, fühlt sich derb an und ist mit bindegewebigen rwachsungen nach allen Seiten hin bedeckt.

Das an den Pylorus sich anschließende Stück des Duodenums an der Unterfläche der Leber und zwar an dem oberen Teile r entarteten Gallenblase fest fixiert, so daß hier eine deutliche rangulierung des Duodenums zustande kommt. Diese Stenose ßt sich bei Eröffnung des absteigenden Duodenalteils deutlich chweisen; sie ist bedingt hauptsächlich dadurch, daß einerseits e Duodenalwand nach oben und vorn fest fixiert ist und anderer- its an der gegenüberliegenden Stelle eine sichelartige Falte ins men vorspringt.

Die Vorderfläche des riesig vergrößerten Magens läßt die ark verzweigten und in der Magenwand verlaufenden Blut- fäße deutlich durchscheinen. Der Serosaüberzug des Magens glatt und spiegelt. Der Magen selbst ist größtenteils schwappend

gefüllt mit Flüssigkeit und nur ein ganz kleiner Teil desselben in der Mitte des Magens gelegen, ist durch Luft bezw. Gas gefüllt; er erscheint — bei der horizontalen Lagerung der Leiche — flach, kalottenförmig über dem Flüssigkeitsspiegel gelegen.

Was die übrigen Teile des Verdauungskanals betrifft, s sind dieselben teils hinter den Magen, größtenteils aber vo demselben hinabgedrängt ins Becken und nur in der linke Unterbauchgegend — zwischen Magen und linker Darmbein schaufel — sind einzelne Dünndarmschlingen von vorn scho sichtbar.

Das ziemlich atrophische, fettlose Netz lagert sich über di im Becken liegenden Organe und schlägt sich dann nach vor wieder bis zur Symphyse herauf. Der Uterus liegt star retroflektiert und ist sehr klein. Ovarien atrophisch. Die Mil ist mäßig vergrößert; Blutgehalt und Konsistenz normal. Di Leber ist von normaler Größe und durchsetzt mit ziemlich zahl reichen, verschieden großen Krebsknoten. Pankreas ohne besonder Veränderung; desgleichen die Nebennieren. Die Nieren sin blaß, auf dem Durchschnitte die Zeichnung der Nierenrinde etwa verwaschen. Blase fast leer; Schleimhaut blaß.

Bei der Eröffnung des Magens an der Cardia zeigt derselb eine ungeheuer große Menge ganz dünnflüssigen, schwärzliche Inhaltes ohne Beimengung von Speiseteilen. Auf eine völlig Eröffnung desselben wird im Interesse der Erhaltung de Präparates verzichtet.

Dünn- und Dickdarm enthalten wenig Kot; Schleimhau blaß. Große Gefäße ohne Veränderungen. Die Organe de Brusthöhle, die von der Bauchhöhle aus entfernt werden müsse bieten keinen besonderen Befund. Das Herz ist klein un atrophisch; die Unterlappen der Lunge hypostatisch und etwa kollabiert.

Der Situs, der sich bei Durchtrennung der Bauchdeck darbot, war so abnorm, daß eine sofortige Festlegung desselbe durch photographische Aufnahme bei horizontaler Lagerun der Leiche vor jeder weiteren Änderung der Organe wünschen wert erschien. Herr Privatdozent Dr. Merkel fixierte das Bi auf der Platte; eine diesbezügliche Abbildung findet sich a Schlusse dieser Arbeit und es sei auf dieselbe hiermit verwiese

Das in der Sammlung befindliche Präparat enthält die im usammenhange miteinander herausgenommenen Bauchorgane. ie Messung an dem fixierten Präparate ergab folgendes: Die roße Kurvatur, gemessen von der Cardia rund herum bis zum ylorus ist heute noch 71 cm lang; der Ringsumfang horizontal emessen beträgt noch ca. 38 cm. Der Magen faßt jetzt noch einahe 6 Liter Flüssigkeit.

Es wird nun durch einen Sagittalschnitt das Verhalten er Gallenblase zur Leber festgestellt. Dabei zeigt sich, daß er Fundus der Gallenblase selbst frei ist von Krebsbildung; die chleimhaut zeigt sich hier glatt und weist mehrere Buchten und ischen auf, in denen zum Teil kleine Gallensteine stecken. Im alsteile der Gallenblase findet sich dagegen eine normale Wand berhaupt nicht mehr, sondern es geht der Fundus direkt in ne große, mit rahmigem Eiter gefüllte Höhle über, in der sich egen 50 ganz verschieden große Gallensteine vorfinden. Die Vand dieser Höhle wird gebildet von zottigen, bei Wasser- ufgießen flottierenden, markigen Krebsmassen, welche nach der eber zu eine Dicke von über 2 cm erreichen und kontinuierlich uf das Lebergewebe übergreifen. Die Wand der Gallenblase ßt sich in diesem Bezirke nicht mehr erkennen; sie scheint urch die in ulcerösem Zerfalle befindlichen Krebsmassen völlig erstört zu sein. An dem Gallenblasenfundus ist das Ligamentum res und das Quercolon fest anfixiert durch bindegewebige dhäsionen. Wie sich bei Eröffnung des letzteren ergibt, besteht eine Kommunikation zwischen Colon und Gallenblase. Die rangförmigen und flächenhaften Verwachsungen des Quercolons etreffen nur den Gallenblasenfundus und zwar die hintere und ntere Wand der Gallenblase; was das Duodenum betrifft, so esteht hier eine mehr flächenhafte Verwachsung, und zwar so- ohl mit der hinteren Wand des Gallenblasenfundus als auch it dem Halsteile der Gallenblase. In diesem Bereiche läßt sich ne krebsige Infiltration des Duodenums nicht feststellen. Sämtliche erwachsungen sind, wie sich bei makroskopischer Betrachtung lein schon ergibt, entzündlicher Natur und nicht durch Übergreifen es Carcinoms entstanden.

Fassen wir also den ganzen Befund nochmals zusammen, handelt es sich um einen Fall von riesiger, sicher intra vitam

entstandenen Ausdehnung des Magens, die bedingt war durc
eine Duodenalstenose; rein entzündliche Verwachsungen mit de
Gallenblase hatten durch Fixierung und Abknickung des oberste
Duodenalteils diese Stenose verursacht.

Einer kurzen Besprechung bedarf zunächst die dem gan
eigenartigen Befunde zugrunde liegende Veränderung der Galle
blase. Den ersten Anlaß zu dieser Veränderung haben mit größte
Wahrscheinlichkeit die Gallensteine abgegeben, die beim weibliche
Geschlechte so oft vorkommen, besonders in höherem Alter. Da
Vorhandensein der Gallensteine ist für die Entstehung von Galle
blasenkrebs zweifellos von größter Bedeutung. Allgemein beste
die Ansicht, daß die Gallensteine zu entzündlichen Veränderunge
in der Gallenblase sehr oft führen, daß sie ferner das primä
sind und nicht das Carcinom. In unserem Falle fanden sic
gegen 50 Steine in der Gallenblase vor; diese haben der Fra
in den letzten Jahren angeblich kaum Beschwerden gemach
Gleichwohl ist auf Grund des Sektionsbefundes anzunehme
daß die Gallensteine in früheren Jahren eine schwerere Entzündun
der Gallenblase verursacht haben, welche damals schon zu ein
Verwachsung der Gallenblase mit dem Colon transversum un
dem Duodenum geführt haben. Denn die jetzt vorgefundene
bindegewebigen Verwachsungen zwischen den genannten Organe
sind jedenfalls rein entzündlichen Ursprungs und stehen in kein
Beziehung zu dem im Gallenblasenhals befindlichen Carcinom
Unterstützt wird diese Annahme wohl auch durch die in d
Anamnese enthaltene Angabe, daß die Frau vor 11 Jahren a
heftigen Schmerzen in der Magengegend gelitten habe. Er
später schloß sich dann das Gallenblasencarcinom an. Ma
kann jedoch annehmen, daß schon durch die entzündlichen Ve
wachsungen der Gallenblase mit dem Duodenum allmählich d
Abknickung und danach die Stenose des Duodenums und a
Folge davon die Magendilatation entstanden ist. Diese letzte
konnte aber erst bei sehr langer Dauer einen so hohen Gra
erreichen.

Daß nun die Dilatation des Magens schließlich eine so kolossa
geworden ist, hat seine Ursache wohl darin, daß einmal zwische
der Duodenalstenose und der Ektasie des Magens gewissermaße
ein Circulus vitiosus entstand, und daß ferner allmählich eine Aton

Magenmuskulatur sich hinzugesellte. Die zuerst nicht sehr ebliche Stenose führte zu einer gewissen Retention und Ektasie; rch letztere trat die große Kurvatur tiefer, und damit wurde s ursprünglich an der Fixierungsstelle stumpfwinklig abgebogene odenum mehr und mehr geknickt, so daß schließlich der zu- rende und abführende Schenkel der geknickten Stelle einen tzen Winkel bildeten. So wurde die Duodenalstenose größer d dadurch wieder der Magen mehr dilatiert. Diese Dilatation ederum führte zum vermehrten Zug an der fixierten Stelle.

Was die Atonie betrifft, so konnte bei der Sektion fest- stellt werden, daß nicht nur keine Hypertrophie der Muskelwand, ndern eher eine Verdünnung in der letzten Lebenszeit bestand. ahrscheinlich bestand anfangs eine gewisse Hypertrophie der uskelwand, die aber mit der Zeit bei dem unaufhaltsamen eiterschreiten der Ektasie zum Stillstand kam und so zur Er- laffung der Muskeln führte.

In der Literatur konnte ich nur zwei ähnliche Fälle, wie hier beschriebene von Magenektasie bei Duodenalstenose den. Paulicki beschreibt in Schmidt's Jahrbüchern der samten Medizin, Band 146, einen solchen Fall, von Carcinom Gallenblase ausgehend. Bei der Sektion fand sich die llenblase von krebsigen Massen diffus infiltriert und in einen rrwandigen, ziemlich weiten, mit dicken Wandungen versehenen ck umgewandelt, welcher mehrere kleinere und einen sehr ßen maulbeerförmigen Gallenstein einschloß; die innere Ober- che war durchaus ulceriert. Die Gallenblase war mit einer bsig entarteten, ringförmigen, nahe unter dem Pylorus gelegenen lle des Duodenums verwachsen und stand daselbst mit dem teren durch eine Perforation in Verbindung. Die Krebs- ltration der Gallenblase setzte sich fort auf den Ductus cysticus auf einen Teil des Ductus hepaticus. Der Magen war stark eitert, das Duodenum mit Ausnahme der ringförmigen Ver- erung an der Perforationsstelle ohne Krebswucherungen.

In diesem Falle war also die Duodenalstenose durch das rdringen des Carcinoms selbst entstanden; während in dem mir beschriebenen Falle rein entzündliche Vorgänge die menverengerung bedingten, ohne daß die Wandung des odenums an sich krankhaft verändert war.

Kaufmann berichtet in seinem Lehrbuche der speziellen pathologischen Anatomie über einen ähnlichen Fall von riesiger Magenerweiterung, die bei einem 32 jährigen Manne durch Duodenalstenose infolge von Pankreascarcinom entstanden war. Der riesig dilatierte Magen hatte von oben nach unten gemessen 37 cm, der horizontale Umfang betrug 45 und die große Kurvatur hatte 83 cm ringsherum. Diese Maße gehen also über unseren oben beschriebenen Fall noch hinaus.

Die Direktoren der medizinischen und chirurgischen Klinik Herr Geheimer Hofrat Professor Dr. Penzoldt und Herr Professor Dr. Graser waren so liebenswürdig, mir die diesbezüglichen Krankenblätter zur Veröffentlichung zur Verfügung zu stellen.

Zum Schlusse sei es mir gestattet, Herrn Professor Dr. Hauser für die Überlassung der Arbeit und gütige Übernahme des Referates, sowie Herrn Privatdozent Dr. Merkel für die freundliche Unterstützung meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Literatur.

1. Luschka. Anatomie des menschlichen Bauches.

2. Schüren, Wilhelm. Über Lage, Größe und Gestalt des gesunden d kranken Magens. Inaug.-Diss. München 1876.

3. Simmonds, M. Monographie. Über Form und Lage des gens. 1907.

4. Kaufmann. Lehrbuch der speziellen pathologischen Anatomie.

5. Hoffmann, Wilhelm. Zur Kasuistik der Duodenalstenose und en Behandlung durch Gastroenterostomie. Inaug.-Diss. Kiel 1902.

6. Albu. Mitteilungen aus dem Grenzblatt der Chirurgie und Medizin. Band.

7. Weinberg, Julius. Beiträge zur Ätiologie der Gastrectasie, unter onderer Berücksichtigung der differential-diagnostisch schwierigen Fälle. ug.-Diss. München 1901.

8. Zenker, K. Deutsches Archiv für klinische Medizin. 1899. 44. Band.

9. Schmidt's Jahrbücher der gesamten Medizin. 146. Band.

L Leberlappen.
D Dünndarmschlingen.
M Magen.
P Pylorus.
C Colon ascendens.
G Gallenblase.

Lebenslauf.

Ich Vincenz Syré wurde geboren am 28. November 1870 Münster i. W., Preußen, als Sohn des Rentiers Vincenz Syré d seiner Frau Maria, geb. Kamp, besuchte die Volksschule zu pelhülsen, die Rektoratschule zu Dülmen und von Ostern 1886 Ostern 1891 das Gymnasium zu Münster i. W., das ich mit n Reifezeugnis Ostern 1891 verließ. Ich studierte zu Würzg 7, zu Erlangen und Greifswald je 1 Semester. Herbst 1893 tand ich die ärztliche Vorprüfung zu Erlangen, die ärztliche fung zu Würzburg am 12. Juli 1903; mit diesem Tage erzte ich auch die Approbation als Arzt. Als Einjährig-Freiiger diente ich im Sommerhalbjahr 1893 beim 9. Infanterieiment zu Würzburg; als einjähr.-freiwill. Arzt wurde ich nach nigen Wochen wegen Erkrankung entlassen. Seit Dezember 3 bin ich praktischer Arzt in Pritzerbe a. Havel.